




Piano di assistenza interdisciplinare

Dati personali		Piano n°	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
Cognome:	Data di nascita:	Data della compilazione:	
Nome:		Sostituisce il piano n°/data:	
		Compilato da:	
Diagnosi		Peso:	data:
		Altezza:	data:
Allergie/ Intolleranze		<input type="checkbox"/> non note	
Piano d'urgenza			
Sintomi prevedibili:		Piano di terapia:	
a.		a.	
b.		b.	
c.		c.	
d.		d.	
e.		e.	
Contatti in caso di urgenza (nome/ funzione/ ordine di priorità/ N° tel.)			
1.			
2.			
3.			
Procedure di rianimazione		Informazioni supplementari per la rianimazione	
REA si <input type="checkbox"/> limitato <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		(Importante in caso di "limitato" o "no")	
Discusso il:			
Opzioni terapeutiche		Osservazioni complementari	
Indagini supplementari si <input type="checkbox"/> limitato <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Ossigeno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Antibiotici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Aspirazione profonda	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Ventilazione manuale/Ambu	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Ricovero in cure intensive	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Ventilazione non invasiva	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Intubazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Catecolamine	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Direttive anticipate/ Volontà del paziente		Osservazioni	
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Accordo terapeutico:			
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			



Inserire il proprio logo

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Piano n°:

Piano di assistenza discusso il:

Firme (se necessarie): Medico/ Genitori/ Tutore/ Curatore

Data:

Indirizzo	Madre Nome: Tel. : E-Mail:
	Padre Nome: Tel. : E-Mail:
	AltroTel.:
	Religione:

Richieste specifiche/ Desideri particolari

Bambino
Famiglia

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Piano n°:

Prescrizioni mediche

Sì , vedi schema terapeutico/ ordini medici in allegato (firma non necessaria)
 No , in questo caso necessaria la firma del medico

Data:

Firma:

Gestione dei sintomi e dei problemi
Terapie/ Interventi (anche non farmacologici), inclusi i medicinali in riserva con dosaggi e aumento possibile

Dolori	
Dispnea/ Aumentata produzione di secreto	
Alimentazione/ Idratazione	
Stipsi/ Diarrea	
Nausea/ Vomito	
Problemi neurologici (convulsioni, ipertensione intracranica, distonia, spasticità)	
Agitazione / Ansia / Depressione	
Infezioni / Febbre	
Sanguinamento	
Disturbi di minzione	
Sonnolenza / Fatigue/ Difficoltà a riposare	
Affezioni cutanee	
Prurito	

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Piano n°:

Team di cura	Responsabile per:	Reperibilità quando/come:	Numero tel. E-Mail	Info in caso di ricovero in urgenza	Riceve copia del piano
Coodinatore/gestione del caso:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatra curante:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico specialista:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialisti in cure palliative: Medico: Infermieristico:				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infermiere di riferimento in ospedale:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitex pediatrico, coordinamento:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitex pediatrico, infermiere di riferimento:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente sociale:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologo:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietista/ Consulente allattamento:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri terapisti:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola / Istituto:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente spirituale:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia/Homecare:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontari:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni:

Allegati: